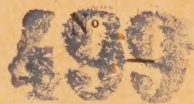


FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1927

THÈSE



POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Louis OUVRARD

Né à Saint-Martin-des Noyers (Vendée), le 27 novembre 1901.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

COXALGIE GREFFÉE

SUR LA

LUXATION CONGÉNITALE DE LA HANCHE

Président : M. OMBRÉDANNE, professeur.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

—
1927

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1927

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Louis OUVRARD

Né à Saint-Martin-des-Noyers (Vendée), le 27 novembre 1901.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

COXALGIE GREFFÉE

SUR LA

LUXATION CONGÉNITALE DE LA HANCHE

Président : M. OMBRÉDANNE, professeur.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

13, RUE RACINE, 13

1927



LE DOYEN. . . M. ROGER

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale.	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie.	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	N.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
	CARNOT.
Clinique médicale	BEZANÇON.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants.	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique.	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeur sans chaire.	BRANCA.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI . . . Pathologie médicale.
AUBERTIN . . . Pathologie médicale.
BASSET . . . Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIN . . . Pathologie médicale.
BINET Physiologie.
BLANCHETIÈRE Chimie biologique.
BRULÉ. . . . Pathologie médicale.
CADENAT . . . Pathologie chirurgicale.
CHAMPY. . . . Histologie.
CHIRAY . . . Pathologie médicale.
CLERC. . . . Pathologie médicale.
DEBRÉ Hygiène.
DUVOIR . . . Médecine légale.
ÉCALLE Obstétrique.
FIESSINGER . Pathologie médicale.
GARNIER . . . Pathologie expérimental¹⁰
HARVIER. . . Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER Urologie.

MM.

HOVELACQUE . Anatomie.
I. de JONG . . Anatomie pathologique
JOYEUX . . . Parasitologie.
LABBÉ (Henri) Chimie biologique.
LARDENNOIS Pathologie chirurgicale.
LEMAITRE. . . Oto-rhino-laryngologie.
LÉVY-SOLAL. Obstétrique.
LHERMITTE . Pathologie mentale.
LIAN. Pathologie médicale.
MATHIEU . . . Pathologie chirurgicale
METZGER . . . Obstétrique.
MONDOR. . . Pathologie chirurgicale.
MOURE. . . . Pathologie chirurgicale.
MULON. . . . Histologie.
PHILIBERT. . Bactériologie.
RICHET Fils. . Physiologie.
VAUDESCAL. Obstétrique
VERNE. . . . Histologie.
VELTER. . . . Ophtalmologie

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

GOUGEROT . Pathologie médicale.
GUÉNIOT . . . Obstétrique.

MM.

RETTERER. . . Histologie.
TANON. . . . Pathologie médicale.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

A TITRE PERMANENT

MM.

ALGLAVE . . Clinique chirurgicale.
 AUVRAY. . . Clinique chirurgicale.
 CHEVASSU. . Clinique chirurgicale.
 LAIGNEL-LAVASTINE . Clinique médicale.
 LEREBoullet. Clinique médicale in-
 fantile.
 LÉLORIER. . Clinique obstétricale.

MM.

LÉRI Clinique médicale.
 LÉPER . . . Clinique médicale.
 PROUST . . . Clinique chirurgicale.
 SCHWARTZ . Clinique chirurgicale
 MOCQUOT . . Clinique chirurgicale
 VILLARET . . Clinique médicale.

V — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé.	{	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT.		Éducation physique.
LEDoux-LEBARD		Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions, émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

A MA GRAND'MÈRE

*Bien faible témoignage de
ma grande reconnaissance et
de ma profonde affection.*

A MES PARENTS

A MES AMIS

A Monsieur le Professeur OMBREDANNE,
Professeur de Clinique Chirurgicale Infantile
Chirurgien de l'Hôpital des Enfants-Malades,
Officier de la Légion d'honneur.

*Qui nous a fait le grand
honneur d'accepter la prési-
dence de cette thèse.*

A Monsieur le Docteur GEORGES MOUTIER,
Chirurgien suppléant des Hôpitaux de Nantes,
Professeur suppléant à l'Ecole de Médecine.

*Qui nous a inspiré le sujet
de cette thèse et guidé de ses
précieux conseils, Hommage
de notre respectueuse recon-
naissance.*

A MES MAITRES

MESSIEURS LES PROFESSEURS
DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE NANTES

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Messieurs les D^{rs} MAURICE BUREAU, HENRI LE-
RAT, EMILE BUREAU (*in memoriam*), TEXIER,
LEVESQUE, SÉBILLEAU, LE MEIGNEN, UR-
BAIN MONNIER, GILBERT SOURDILLE, BAL-
LEREAU, GROSSE, LEROUX.

*Dont nous avons eu l'hon-
neur d'être l'élève ou l'externe.*



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547905_0018

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
COXALGIE GREFFÉE
SUR LA
LUXATION CONGÉNITALE DE LA HANCHE

INTRODUCTION

Ayant eu l'occasion d'observer dernièrement un cas de coxalgie venant compliquer une luxation de la hanche, nous avons, sur les conseils de notre maître le D^r Moutier, recherché les cas semblables déjà publiés dans la littérature.

Nous avons recueilli un certain nombre d'observations, mais il nous a semblé qu'un assez grand nombre de malades traités pour coxalgie greffée sur une luxation congénitale de la hanche, n'ont eu à souffrir que d'arthrites ou de raideurs articulaires de diverses natures.

Cependant, certaines observations sont probantes, et démontrent nettement qu'on a eu affaire à une coxalgie, car, soit à l'autopsie, soit lors du traite-

ment sanglant de la luxation de la hanche, soit à la radiographie, on a trouvé un foyer tuberculeux siégeant soit dans le col ou la tête fémorale, ce qui est de beaucoup le cas le plus fréquent, soit au fond de la cavité cotyloïdienne.

Dans d'autres cas, au contraire, où il ne s'est pas formé d'abcès, où on n'a pas fait d'autopsie, où, pour une cause ou pour une autre, la radiographie n'a pas été pratiquée, on peut se demander s'il s'agit véritablement d'une coxalgie, ou si l'on n'est pas seulement en présence d'une de ces arthrites de la puberté, maintenant bien connues, ou d'une arthrite se développant sur une hanche réduite.

Ainsi un rapport de Rouvier dans le *Bulletin de la Société de Chirurgie* en 1858, conclut à une coxalgie se développant à la suite d'une luxation congénitale, chez une petite fille de 3 ans. « La mère de cette enfant a été interrogée par M. Morel-Lavallée. Les réponses d'abord hésitantes de cette femme sont devenues ensuite plus décisives. Ainsi, après avoir dit que l'enfant marchait comme tous les autres enfants, elle a fini par déclarer qu'elle ne marchait que le corps fortement renversé en arrière, et qu'elle tombait avec une extrême facilité. De sorte qu'il est permis d'admettre l'existence d'une luxation congénitale. »

Une telle observation n'est pas absolument probante : l'enfant n'a pas présenté le dandinement caractéristique des luxations de la hanche ; les pre-

miers symptômes de coxalgie, avant d'attirer l'attention sur la hanche malade, ont pu donner les troubles de la marche en somme peu caractéristiques décaits par la mère. Peut-être s'agit-il là d'une luxation pathologique au cours de la coxalgie, fait méconnu à cette époque, et qui, même depuis, a causé d'autres erreurs de diagnostic.

La radiographie constitue aujourd'hui un important moyen de contrôle, à tel point que la coxalgie compliquant la luxation de la hanche semble de plus en plus rare, et que nous nous éloignons de l'opinion de Pfender (Thèse de Paris, 1890) qui soutenait que la luxation congénitale était un stigmate de tuberculose héréditaire ; s'il en était ainsi, il semble que la tuberculose devrait se greffer plus souvent sur les nombreuses luxations qu'on est à même d'observer.

On peut faire une séparation quelque peu tranchée, mais utile, entre les observations recueillies depuis 1900 et contrôlées par la radiographie, et celles du siècle dernier où dans bien des cas, persiste un doute quant à la nature tuberculeuse de l'affection.

La division d'une telle étude s'impose naturellement, suivant qu'il s'agit de coxalgie se développant sur une hanche luxée avant tout début de traitement, pendant le traitement orthopédique, ou sur une hanche réduite. D'autre part, il faut également savoir si la réduction de la luxation a un rap-

port avec le développement de la tuberculose, et passer en revue un certain nombre de diagnostics différentiels.

C'est ce que nous étudierons au cours de ce travail.

ETIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

Le fait primordial, qui a frappé tous les auteurs, est la rareté de l'affection ; certains orthopédistes ne l'ont jamais observée. Lamy, dans son article de la *Revue d'Orthopédie* de 1909, cite ce passage d'une lettre de Codivilla (Bologne) : « Plusieurs fois nous avons vu l'arthrite chronique, l'arthrite déformante compliquer la luxation congénitale de la hanche, mais nous n'avons jamais constaté des cas de tuberculose de la hanche. Notre expérience est fondée sur presque un millier de cas. »

La luxation congénitale est plus fréquente dans le sexe féminin que dans le sexe masculin (100 filles pour 14 garçons) sans qu'on puisse d'ailleurs expliquer ce fait. Il est donc naturel que la coxalgie compliquant la luxation congénitale soit plus fréquente chez les petites filles que chez les petits garçons. Sur 11 observations que nous publions, 10 fois le sexe est indiqué, 10 fois il s'agit d'une fille.

Coste (Thèse de Lyon, 1900), sur les 10 cas qu'il a réunis a trouvé 9 filles et un garçon. Lamy (*Revue d'Orthopédie*, 1909), sur 12 observations où le sexe est indiqué trouve un seul garçon.

La coxalgie semble frapper la hanche luxée de préférence entre 2 et 6 ans, d'après les observations que nous avons consultées. Lamy dit n'avoir pas trouvé de coxalgie entre 6 et 12 ans dans les hanches luxées. Chauvenet (Thèse de Paris, 1920) soutient également que c'est ou avant 6 ans ou après 12 ans que la hanche luxée devient le siège d'élection du processus bacillaire. Nous avons cependant trouvé d'autres observations où l'âge de l'enfant était 7, 8, 9, 10 et 11 ans, et il nous paraît difficile de fixer une limite d'âge exacte.

Le véritable facteur étiologique est évidemment la présence du genre tuberculeux dans l'organisme. Parfois il existe une lésion pulmonaire qui constitue le foyer initial. C'est le cas de la petite malade faisant l'objet de l'observation I de Lamy, qui avait présenté une période fébrile avant sa coxalgie et chez laquelle, à l'autopsie, on nota de nombreux ganglions caséux et de follicules tuberculeux dans les poumons. C'est également le cas de notre malade de la 1^{re} observation, qui a présenté des bronchites et des troubles gastro-intestinaux qui sont très probablement le point de départ du processus tuberculeux.

Parfois la coxalgie peut être le premier signe de l'imprégnation tuberculeuse.

Il est logique de se demander quelle peut être l'influence du traumatisme sur la localisation au point frappé de l'infection tuberculeuse. Max Schul-

ler fit, sur des animaux inoculés par le bacille de Koch, de célèbres expériences qui furent infirmées par le travail de Lannelongue, Achard et Gaillard.

Très souvent les parents attribuent à un traumatisme, le plus souvent une chute, le développement de l'ostéo-arthrite tuberculeuse sur une hanche luxée. Certes, ces enfants marchent difficilement à cause de leur malformation congénitale, et sont sujets à des chutes fréquentes, mais aucune observation n'est probante à ce sujet.

Le traumatisme qui est le plus intéressant à considérer quand il s'agit de luxation de la hanche est celui constitué par les manœuvres de réduction.

Cesarano, en 1919, rappela que, d'après certains auteurs, la luxation congénitale elle-même pourrait être le résultat d'une inflammation survenue pendant la vie intra-utérine, susceptible de se réveiller plus tard à l'occasion d'un traumatisme, du traumatisme opératoire principalement ; mais il remarque qu'il n'existe pas de faits précis pouvant étayer cette hypothèse.

Dans notre première observation, l'enfant subit une première réduction, sans que, en enlevant son plâtre, on constate aucun signe de coxalgie. Cependant la hanche s'est reluxée et doit être réduite à nouveau. Quatre à cinq mois après l'ablation de ce second appareil plâtré les signes de coxalgie sont évidents. Va-t-on attribuer au traumatisme causé par les manœuvres de réduction l'apparition de la

tuberculose coxo-fémorale ? On serait tenté de le faire. Cependant il faut remarquer que l'enfant avait subi une première intervention sans signes de tuberculisation, il faut remarquer surtout qu'elle a présenté avant et au cours de son second traitement, des poussées bronchitiques et une affection de nature assez mal définie, qui constituent probablement la signature de l'envahissement de l'organisme par le bacille de Koch, et il est probable qu'elle aurait présenté plus tard une coxalgie, même si elle n'avait pas subi de manœuvres de réduction.

Dans l'observation II l'enfant présente un abcès au moment de l'ablation de son plâtre. Il semble bien que là, le traumatisme opératoire ait eu un rôle néfaste. Il semble en être ainsi dans l'observation III, mais à un degré moindre, la malade n'ayant pas présenté d'abcès.

Lamy cite une observation de Kirmisson où il semble bien que la réduction ait joué le rôle de traumatisme localisant. Au bout de 9 mois de traitement, sans avoir présenté de signes pulmonaires d'envahissement bacillaire, l'enfant a commencé à souffrir, et les douleurs ont augmenté dès qu'il a voulu marcher. Les manœuvres de réduction avaient pu provoquer une coxalgie qui était restée latente, du fait même que le membre inférieur était immobilisé.

Dans une observation de Broca, l'enfant présentait au membre luxé une arthrite qu'on supposait banale, mais dont la nature tuberculeuse fut mise

en évidence par les manœuvres de réduction.

Une autre observation de Broca relate une réduction faite sur une hanche déjà tuberculisée. Là le traumatisme opératoire ne localisa pas l'affection, mais eut pour résultat de généraliser la tuberculose dans l'organisme et l'affection se termina par la mort.

M^{me} Derscheid-Delcourt et M. Rocher ont fait des tentatives de réduction sur des hanches ayant présenté les symptômes de coxalgie, mais guéries ; si les résultats furent assez mauvais au point de vue fonctionnel, ils ne réveillèrent cependant pas l'infection tuberculeuse.

Un grand nombre de hanches ont évolué vers la coxalgie sans traumatisme préparatoire et, d'autre part, l'on voit tous les jours des luxations réduites sans complications tuberculeuses.

En résumé nous pouvons conclure que dans l'immense majorité des cas, les manœuvres de réduction sont sans influence sur l'apparition de la coxalgie. Cependant en cas de processus tuberculeux préexistant à une date rapprochée, ou en activité, elles aggravent la coxalgie, en précipitent l'évolution, et peuvent amener la généralisation tuberculeuse.

Nous avons vu la rareté de la coxalgie compliquant la luxation congénitale de la hanche, et pourtant cette hanche luxée semblerait être un point de moindre résistance, où le bacille de Koch devrait se fixer

avec une affinité particulière. Peut-on expliquer anatomiquement, mécaniquement ou physiologiquement la rareté de cette complication ?

Certains auteurs ont fait jouer un rôle important à l'absence de ligament rond, dont le bacille de Koch emprunterait la voie vasculaire pour accomplir son œuvre de tuberculisation dans l'articulation coxo-fémorale. Ces auteurs affirment que le ligament rond est atrophié, ou même complètement disparu, après la 4^e année dans le cas de luxation congénitale ; le maximum de la coxalgie étant de 5 à 12 ans, les chances d'infection maxima ne coïncidant plus, l'infection sera rare.

Mais il n'est pas certain que le bacille suive la voie du ligament rond pour pénétrer dans la tête fémorale. Si certaines observations ont pu sembler apporter un appui à cette théorie, il en existe d'autres qui montrent nettement qu'elle est fausse, le ligament rond étant atrophié ou même complètement absent, ce qui n'a pas empêché le développement de la coxalgie.

D'ailleurs il faut remarquer que, très souvent, le point de départ de la tuberculose de la hanche se fait dans le col du fémur ; on se demande alors pourquoi, si la voie d'apport du germe tuberculeux était constituée par les vaisseaux du ligament rond, la cavité cotyloïdienne et la tête fémorale seraient à l'abri de l'infection au début ?

D'autres auteurs ont invoqué le défaut de pres-

sion des surfaces osseuses. D'après Lannelongue, en effet, la pression des surfaces osseuses joue un rôle considérable dans l'étiologie de la coxalgie ; il existe une ulcération compressive qui jouerait le rôle capital dans l'évolution de la tuberculisation de l'articulation coxo-fémorale. Ces auteurs soutiennent que cette pression n'existe pas dans les hanches luxées, par suite de l'interposition capsulaire. Si cette théorie peut être soutenue dans certaines luxations postérieures où la tête est bridée par la capsule et les muscles, qui forment une sorte de matelas protecteur, renforcé même, dans certains cas, par une bourse séreuse, elle est absolument insoutenable quand il s'agit de luxations antérieures, de luxations appuyées. En effet, dans ce cas, il se forme un néocotyle moins grand que le cotyle primitif, la pression en ce point est donc plus considérable que normalement, ce qui devrait, au contraire, favoriser le développement de l'infection tuberculeuse.

La meilleure explication que l'on peut donner actuellement de cette rareté de la localisation bacillaire sur une hanche luxée, est le peu d'affinité du bacille de Koch pour un tissu mal nourri, privé d'une circulation active, ce qui est bien le cas dans une luxation de la hanche. On a observé également que la tuberculose se développait très rarement sur les membres frappés de paralysie infantile, qui ont également une nutrition très défectueuse.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous ne décrivons pas ici en détail l'anatomie pathologique de la luxation congénitale de la hanche d'une part, et de la coxalgie d'autre part. Ces études ont été faites de nombreuses fois, tant dans des thèses que dans des traités spéciaux, et sont aujourd'hui bien connues. Nous noterons simplement certaines particularités anatomo-pathologiques de l'affection qui nous occupe en ce moment.

On est d'abord frappé, quand on parcourt les observations déjà publiées, par le grand nombre de coxalgies qui sont suppurées quand elles compliquent des luxations de la hanche. Dans la coxalgie ordinaire, d'après la statistique de Kœnig, le chiffre moyen des coxalgies suppurées est de 57 pour 100.

Dans le travail de Lamy, sur 19 fois où il est indiqué si la hanche a suppuré ou non, on en trouve 12 suppurées contre 7 non suppurées, soit une proportion de 60 pour 100 ; en tenant compte, non plus du nombre de hanches atteintes, mais du nombre des malades, on en trouve 10 ayant des lésions sup-

purées, contre 4 non suppurées, soit une proportion de plus de 71 pour 100.

Personnellement, sur nos 3 observations inédites, 2 fois la coxalgie était suppurée.

Nous avons remarqué également, que, très souvent, la coxalgie greffée sur une luxation congénitale était en adduction, alors que l'abduction est l'attitude habituelle de la coxalgie au début.

Ce fait n'a pas lieu de nous surprendre ; en effet on explique les deux attitudes possibles d'une coxalgie par la contracture prédominante de tel ou tel groupe musculaire ; or dans la luxation congénitale de la hanche les abducteurs, par suite du déplacement considérable de leurs insertions inférieures, n'ont qu'une action très minime par rapport à la puissance des adducteurs qui ne subit pas de modification sensible.

Il existe néanmoins des exceptions à cette règle. Lamy rapporte une observation de M. Rocher dans laquelle la hanche malade était en abduction ; la petite malade qui fait l'objet de notre première observation était également en abduction, de même que celui de la deuxième observation de Lamy ; mais dans ces deux derniers cas la réduction de la luxation avait été opérée, elles rentrent de ce fait dans la règle générale.

La localisation primitive de la lésion mérite de nous arrêter un moment. C'est ordinairement sur le col du fémur que se localisent en premier lieu les

lésions tuberculeuses. Il en est ainsi dans l'observation I de Lamy : « Le col est considérablement, épaissi, la tête regarde, non pas en haut et en dedans, mais presque directement en dedans, ceci tient évidemment au développement exagéré du col, surtout dans le sens vertical. Le tissu osseux proprement dit est congestionné, mais il en existe fort peu, car on trouve un volumineux noyau caséux qui occupe toute la portion du col située entre le grand trochanter et le cartilage de conjugaison. Ce noyau remplit presque complètement le col, car il a envahi toute la portion osseuse jusqu'aux cartilages, sauf à la partie externe. »

L'examen radiographique avait décelé un envahissement diffus du col et une traînée sectionnant la tête en deux parties à peu près égales.

Dans une observation de M. Rocher, où la radiographie a été également pratiquée, le col est, là aussi, le siège d'un envahissement tuberculeux très net. « La lésion la plus nette siège dans la région intertrochantérienne et à la base du col. En ce point l'os paraît soufflé comme dans la spina-ventosa, et en son centre, entourée de toute part par le tissu osseux, apparaît une tache claire, de l'aspect et des dimensions en surface d'un gros noyau de prune à contours assez bien dessinés. Il y a donc là une perte de substance ovale qui ne peut être due qu'à la présence dans cette région d'un foyer fongueux ou caséux ».

Dans une observation de M. Joûon, citée par Lamy, la radiographie révèle une altération de l'articulation portant à la fois sur l'os coxal et sur le fémur ; mais alors que l'atteinte coxale est légère, la tête fémorale est au contraire profondément exulcérée, et le col présente une transparence anormale, en même temps que les contours sont très flous.

Dans notre observation I la radiographie montre que la tête est profondément détruite, ainsi que le partie supérieure du col ; la cavité cotyloïde présente des lésions beaucoup moins étendues.

Dans l'observation II, la radiographie a également révélé la disparition presque complète de la tête fémorale, et quelques irrégularités du sourcil cotyloïdien.

Cependant dans une observation de Delanglade (Thèse de Paris, 1896), au moment de l'ostéotomie du trochanter, on vit s'écouler une petite quantité de pus bien lié ; la tête fémorale était déformée, aplatie en dedans, mais le cartilage ne présentait aucune altération apparente ; la cavité cotyloïde ancienne était le siège de cette collection purulente. Il existait un néocotyle qui, lui, était intact. Il est intéressant de noter que dans ce cas il n'existait pas ou peu de contracture : flexion et extension complète, adduction plutôt exagérée, abduction normale.

Nous voyons donc que dans l'immense majorité des cas de luxations congénitales compliquées de

coxalgie, le point de départ des lésions est dans le col du fémur, de là les germes pathogènes envahissent l'articulation, la cavité cotyloïdienne primitive et le néocotyle s'il en existe un.

SYMPTOMATOLOGIE

Considérons d'abord le cas où le petit malade n'a jamais été soigné, où la luxation n'est pas réduite.

Il s'agit d'un enfant, d'une fille le plus souvent, qui a marché tard. Dès ses premiers pas ses parents ont remarqué qu'elle marchait mal, qu'elle présentait le dandinement caractéristique des luxations de la hanche ; elle tombait souvent, mais ne se fatiguait pas à la marche, et ne se plaignait d'aucune douleur dans son articulation luxée. Peu à peu, cependant, sa boiterie semblait s'accroître ; parfois, le soir, elle se plaignait de souffrir dans sa hanche et dans son genou ; au début, ces douleurs cédaient rapidement au repos, mais, à la longue, elles devenaient plus vives, persistant même la nuit, empêchant l'enfant de dormir.

Alarmés, les parents viennent consulter le médecin. Celui-ci constate que le membre inférieur est en flexion légère, adduction, rotation interne. Cette attitude vicieuse s'explique facilement comme nous l'avons vu au chapitre précédent, par le rôle prépondérant que prennent les adducteurs.

Dans le cas de tuberculisation de l'articulation

coxo-fémorale, on est frappé de ce que, à cause précisément de la contracture des adducteurs, le mouvement d'abduction soit précisément le plus limité et le plus douloureux. Les autres mouvements : flexion, extension, circumduction sont également très diminués et douloureux.

On constate également une diminution du membre malade, diminution due à trois facteurs : atrophie osseuse et musculaire, attitude vicieuse, usure de la tête et du cotyle. L'atrophie musculaire est toujours nettement marquée.

Il existe une augmentation de volume de la tête fémorale vraiment très particulière, notée par Lamy dans toutes ses observations. « Dans les coxalgies banales il existe un gonflement périarticulaire qui se manifeste par une tuméfaction nettement localisée à la partie antérieure, au-dessous des vaisseaux fémoraux. Dans la luxation tuberculisée, le gonflement siège au-dessus de la cavité cotyloïde, ce qui, précisément, contraste avec la dépression qui existe en regard de la cavité elle-même. De plus ce gonflement n'est pas limité à un seul point : il intéresse la racine de la cuisse en ce sens qu'on le constate aussi bien en dehors et en arrière qu'en avant. Ceci tient sans doute à ce que la tête et le trochanter affleurent plus facilement les téguments que lorsqu'ils sont fixés à leur place normale. La saillie de la hanche, déjà exagérée par la luxation, prend des proportions encore plus considérables. »

A l'examen de la hanche on note un empâtement de l'extrémité supérieure de la cuisse avec circulation superficielle formant un lacis veineux anormal, avec œdème dur, sensible au toucher,

La palpation, douloureuse et gênée par l'œdème, permet néanmoins de sentir en général une augmentation de volume du col et du trochanter dans le sens transversal, ce qui constitue un très bon signe de diagnostic dès le début de l'affection, ainsi que la douleur à la pression du col.

La douleur, en général vive, réveillée par une pression au niveau du trochanter, ou par une pression à distance sur le genou plié, ou sur le talon, condamne le malade au lit.

Dès le début de la coxalgie on peut constater de l'engorgement des ganglions inguinaux, parfois même des ganglions iliaques.

Si maintenant on examine la colonne vertébrale du malade on constate une scoliose d'attitude à double courbure, une courbure lombaire à convexité tournée du côté sain, et une courbure dorsale, à convexité du côté malade, le membre inférieur étant en adduction. Si la douleur à la marche n'est pas trop pénible, il faut mettre l'enfant debout et lui faire faire quelques pas. On constatera alors qu'à l'encontre des luxations non compliquées de coxalgie, dans lesquelles l'enfant porte le poids de son corps avec assurance sur le membre luxé, le petit malade s'appuiera avec précaution sur le membre

douloureux, il repose plus longtemps sur la jambe saine, de sorte que le pied sain tombe plus rapidement et plus fortement à terre.

Certains auteurs ont signalé la disparition du signe de Trendelenbourg en cas de luxation compliquée de coxalgie : la contracture immobilise si bien le bassin sur le fémur que, si l'on demande au petit malade de se tenir sur sa jambe atteinte de coxalgie, on ne constate plus l'abaissement du pli fessier du côté non luxé, comme c'est la règle quand il s'agit d'une luxation simple. Cette constatation est encore plus nette quand il s'agit d'une luxation double avec coxalgie unilatérale.

Si cette coxalgie n'est pas enrayée par un traitement approprié, elle va évoluer vers la suppuration. Les abcès ainsi formés ne présentent aucune particularité saillante. Notons cependant qu'ils s'ouvrent habituellement sur la face antérieure ou antéro-externe de la cuisse, ce qui est logique puisque la tête fémorale et le col, atteints primitivement ainsi que nous l'avons vu, sont très superficiels, sous les téguments antérieurs.

M. Broca a communiqué une observation rapportée par Lamy, dans laquelle, à l'ablation de l'appareil plâtré appliqué après réduction d'une luxation, on s'aperçut que la cuisse était douloureuse, gonflée à son extrémité supérieure, par la suite il survint un abcès. La fillette qui fait l'objet de cette observation était atteinte de luxation congénitale double,

avec arthrite légère du côté droit, précisément le côté où se développa la coxalgie. Il est logique de penser que la coxalgie s'est développée pendant le traitement, probablement sous l'influence des manœuvres de réduction.

Dans notre première observation il semble bien également que la coxalgie se soit développée pendant le traitement, car peu de temps après l'ablation de l'appareil plâtré on constata de la raideur de la hanche et de la douleur à la mobilisation. Ces phénomènes, pris d'abord pour de simples raideurs consécutives à la longue immobilisation, évoluèrent vers la suppuration qui signa la coxalgie.

L'apparition d'un abcès coxalgique au tiers supérieur de la cuisse gauche au moment de l'ablation du plâtre, est également le fait principal que nous notons dans notre deuxième observation.

De même dans notre troisième observation nous remarquons une poussée fluxionnaire lors de l'ablation du dernier plâtre.

Il s'agit donc en général de petits malades ayant subi les manœuvres de réduction sans incident, parfois comme dans l'observation de M. Broca, l'attention a pu être éveillée par une légère arthrite de la hanche luxée avant la réduction, le plus souvent on a constaté une luxation banale et on l'a réduite. A l'ablation du plâtre on est frappé soit par un gonflement de l'extrémité supérieure de la cuisse, soit par une raideur persistante accompagnée de dou-

leur à la mobilisation. Rarement, nous semble-t-il, l'abcès coxalgique se développe pendant que l'appareil plâtré est encore appliqué et en nécessite l'ablation, pendant cette période la coxalgie reste latente, et ne se révèle qu'à l'occasion de la mobilisation et de la marche.

Il existe plusieurs observations qui mentionnent l'apparition de la coxalgie après la cessation du traitement orthopédique. Quand on les étudie, on constate d'abord qu'il est tout à fait exceptionnel que la tuberculisation apparaisse de manière précoce après l'ablation de l'appareil plâtré. Il s'écoule ordinairement un intervalle qui varie de 8 à 10 mois à 3 ou 4 ans.

Ce sont quelquefois des troubles de la marche qui attirent l'attention des parents : l'enfant qui depuis son traitement marchait bien et s'appuyait avec confiance sur son membre traité, commence « à tirer la jambe », à marcher avec précaution.

D'autres fois ce sont des douleurs localisées dans la hanche et dans le genou, douleurs qui ne cessent pas par le repos nocturne,

A l'examen on constate ici l'attitude en abduction qui est l'attitude de la coxalgie ordinaire ; en effet la tête fémorale ayant été remise en place par le traitement orthopédique, les muscles abducteurs ont repris toute leur force d'action, de plus les adducteurs ont été le plus souvent rompus, ou tout au moins

distendus, ce qui a notablement diminué leur puissance.

Dans cette position les mouvements provoqués sont moins limités que dans la position en adduction, la pression sur la tête fémorale, sur le col, sur le grand trochanter, la percussion du genou, réveillent des douleurs bien moins vives

Le médecin devra recourir à un examen clinique approfondi, complété par un examen radiographique, pour porter un diagnostic ferme.

DIAGNOSTIC

Assez facile dans certains cas typiques, le diagnostic de la tuberculose compliquant la luxation congénitale de la hanche peut parfois être fort difficile.

I. *Avant le traitement.* — Dans certains cas l'étude des antécédents apprend que dès ses premiers pas le petit malade a présenté la marche caractéristique des luxations de la hanche ; puis peu à peu il présente les symptômes de la coxalgie. Là le diagnostic s'impose. Encore faut-il éviter de rapporter à la tuberculose ce qui appartient à la malformation congénitale, et tout d'abord éviter de prendre une luxation congénitale pour une luxation coxalgique ; il est facile d'éviter cette erreur s'il s'agit d'une luxation congénitale ne présentant pas de manifestations inflammatoires : en effet la luxation congénitale permet une liberté de mouvement qu'on ne voit pas dans la luxation pathologique, il n'y a pas de trajet fistuleux, pas de suppuration, pas d'empâttement, pas de douleur. Mais lorsque la luxation congénitale est compliquée d'arthrite tuberculeuse, le diagnostic avec la luxation coxalgique devient très délicat ;

sans la connaissance de la luxation antérieure il est impossible de donner des signes différentiels certains. Tout au plus peut-on noter le plus souvent que le membre est en adduction et rotation interne, à l'encontre de ce que l'on trouve généralement au début de la coxalgie ; encore n'est-ce pas, comme nous l'avons vu, un signe absolu.

Il faut éviter également de tomber dans l'erreur inverse : prendre une luxation coxalgique pour une luxation congénitale. Cette cause d'erreur a été signalée par Calot (Congrès de Chirurgie, 1892) : « Des coxalgies laissées avec un raccourcissement de 4 à 5 centimètres reviennent 2 ou 3 ans plus tard avec un raccourcissement de 8 centimètres et une laxité telle de la jointure, que si l'on voyait ces malades pour la première fois à ce moment, l'on ne pourrait se défendre de songer à une luxation congénitale. On se croit tellement sûr d'être dans la bonne voie que l'on n'accorde aucune créance aux affirmations du malade nous racontant que sa boiterie date d'une coxalgie apparue longtemps après la naissance. L'on attribue les accidents dont il parle à une coxalgie greffée sur une luxation congénitale. »

Il faudra toujours rechercher avec beaucoup de soin les éléments qui peuvent mettre sur la voie d'une malformation congénitale, par exemple une asymétrie du bassin, de la face, l'existence d'une scoliose. La présence d'une luxation congénitale du côté opposé à la coxalgie permet presque toujours d'affir-

mer que cette dernière s'est développée sur une hanche elle-même primitivement luxée.

Dubreuil a beaucoup insisté sur les phénomènes douloureux qui peuvent se manifester dans les hanches atteintes de luxation congénitale à l'occasion de la fatigue. Cet auteur attribue ces douleurs aux tiraillements des muscles pelvi-trochantériens du côté luxé. Il existe même dans ce cas de l'abduction et de l'atrophie musculaire, de la limitation des mouvements ; l'enfant a marché tard et a boité longtemps avant de souffrir de la hanche ; la marche elle-même peut simuler l'arthrite tuberculeuse. A l'examen local, cependant, on ne trouve ni abcès, ni ganglions, ni empâtement, et avec un peu de patience et de douleur on peut obtenir l'intégralité des mouvements. De plus les douleurs cessent après quelques jours d'extension continue.

Le rhumatisme développé sur une hanche luxée peut, parfois, prêter à confusion. Mais le malade a des antécédents rhumatismaux dans ses ascendants, lui-même a parfois eu d'autres crises rhumatismales. L'allure de la maladie est bien différente de celle de l'arthrite tuberculeuse. La guérison est la règle. L'action du traitement apporte un important élément de diagnostic.

Nous ne signalerons que pour mémoire l'arthrite blennorrhagique, extrêmement rare dans ce cas, qui ne se voit que chez des enfants plus âgés, et se diagnostique en général facilement.

Krause a signalé des cas d'arthrites aiguës dues au streptocoque, développées dans une articulation luxée. L'attitude du membre peut être la même que dans la tuberculose, mais le début au lieu d'être lent, insidieux, est brutal quelquefois même dramatique, l'infection est aiguë d'emblée, l'articulation est remplie de pus, les phénomènes généraux sont bruyants, la température est très élevée. Si l'on n'intervient pas chirurgicalement, le pus tend rapidement à se faire jour au dehors ; il est facile de le différencier du pus tuberculeux, par son aspect particulier, par l'examen de laboratoire, l'inoculation du cobaye. Krause signale encore que ces arthrites aiguës évoluant sur une hanche saine, peuvent être la cause de luxation totale de la hanche.

Kirmisson, dans la *Revue d'Orthopédie* de janvier 1908, signale plusieurs cas d'ostéomyélite compliquée de luxations pathologiques. Si on n'a pas de commémoratifs le diagnostic peut être difficile ; les caractères de ces luxations rappellent absolument ceux de la luxation congénitale de la hanche : la luxation est la même dans les deux cas, et parfois elle a été remarquée alors que l'enfant faisait ses premiers pas, ce qui rend la confusion encore plus facile. Le membre inférieur est dans une attitude intermédiaire entre l'adduction et l'abduction, il est parallèle à celui du côté opposé ; la radiographie montre la disposition presque totale de la tête et du col.

Toutefois l'étude des antécédents montre que dans

la première enfance le petit malade a présenté une affection aiguë de la hanche, affection qui a vite abouti à la formation d'un abcès qui s'est ouvert à l'extérieur dans le voisinage du grand trochanter, à la partie antéro-supérieure de la cuisse, en laissant des cicatrices, mais pas de fistules ; il n'y a pas eu de récédive. Le petit malade n'est pas porteur d'autres signes de manifestation tuberculeuse.

La coxa-vara peut présenter un tableau clinique semblable à celui de la luxation tuberculisée : adduction, raccourcissement du membre, douleur, boiterie, etc. Mais la tête fémorale est à sa place en dehors des vaisseaux fémoraux. Si cette coxa-vara se complique à son tour d'arthrite tuberculeuse, avec gonflement et empâtement diffus de la cuisse on comprendra la difficulté et même l'impossibilité du diagnostic clinique, sans radiographie.

Les arthrites sèches présentent à peu près les mêmes symptômes douloureux que la coxalgie au début, mais ces symptômes cèdent vite au repos ; il en est ainsi de certaines arthrites survenant à la puberté, de pathogénie mal connue.

II. *Pendant le traitement.* — Dans quelques observations nous avons noté le développement de l'arthrite tuberculeuse pendant le traitement, le diagnostic étant porté à l'apparition de l'abcès. Dans ces cas on pourrait peut-être hésiter avec une supposition d'ostéomyélite subaiguë, qui se manifesterait par des phénomènes généraux à peu près sem-

blables, mais il serait facile d'identifier le pus par un examen de laboratoire. Dans les cas douteux on doit faire pratiquer immédiatement une radiographie.

III. *Après le traitement.* — Après l'ablation de l'appareil plâtré il arrive parfois que le membre réduit présente des douleurs anormales qui peuvent faire penser à une coxalgie. Notre observation I est typique à ce sujet. La petite malade présenta une douleur articulaire et de la douleur à la mobilisation dès l'ablation du plâtre. Le chirurgien consulté par lettre pense à des raideurs consécutives à la longue immobilisation, et conseille des bains chauds, de la mobilisation et des massages. Malheureusement pour l'enfant ce traitement est continué par la famille sans contrôle médical, et un abcès tuberculeux se forme quelque temps après.

Dans des cas semblables le diagnostic sera souvent hésitant au début, mais alors que la mobilisation et le massage améliorent rapidement les raideurs causées par la longue immobilisation, ils les aggravent au contraire dans les cas de lésion tuberculeuse.

Il est évident qu'à cette période la hanche réduite peut être le siège d'ostéomyélite, d'arthrite aiguë ou subaiguë survenant spontanément ou à la suite d'une maladie infectieuse, de rhumatisme ; les caractères de ces affections sont les mêmes que ceux décrits dans la première partie de ce chapitre ; nous n'y reviendrons pas.

Le diagnostic différentiel entre l'arthrite tuberculeuse et l'ostéosarcome peut être, au début, très délicat, quand il est au stade des douleurs articulaires ou péri-articulaires ; en général les douleurs de l'ostéosarcome cèdent moins facilement au repos que celle de l'arthrite, mais c'est un signe bien infidèle. Une ponction exploratrice ramenant du sang doit faire penser à un ostéosarcome. Là encore la radiographie s'impose.

Longtemps après la réduction de la hanche, 5, 10, 15 ans, il peut apparaître dans cette hanche des douleurs que M. Frœlich a signalées à la Société française d'Orthopédie en 1921. Après plusieurs années de réduction parfaite au point de vue fonctionnel, des douleurs surviennent dans la hanche, la flexion et l'abduction sont diminuées, l'affection présente les caractères de la coxalgie au début. « A la radiographie le toit manque complètement, la tête est subluxée, le noyau de la tête est diminué, le col redressé comme dans la coxa-valga. » L'auteur attribue ces lésions tardives à une arthrite déformante, développée à l'occasion du traumatisme opératoire.

M. Nové-Josserand a signalé également à la Société française d'Orthopédie, et dans *Lyon Chirurgical* (1923), le cas de plusieurs malades présentant après une période de 8, 10, 15 ans de réduction parfaite, des symptômes pouvant faire penser à une coxalgie à début lent, insidieux, commençant par une boi-

terie légère qui va en s'accroissant ; les malades fatiguent vite à la marche, parfois la douleur est telle qu'elle nécessite le repos au lit. Cependant à l'examen local c'est tout juste si on constate un peu de diminution dans les mouvements de flexion et d'abduction, et un léger degré d'atrophie musculaire. De plus ces troubles ne durent jamais longtemps : quelques jours ou quelques semaines, ils disparaissent en laissant une douleur vague, réveillée par le mouvement, et peuvent se reproduire à intervalles plus ou moins éloignés ; cependant l'évolution générale tend à l'amélioration.

A la radiographie on note une décalcification siégeant surtout sur le fémur, mais pouvant également frapper le bassin.

En résumé, il s'agit d'une maladie qui a les caractères d'une ostéoarthrite, mais qui peut guérir dans un temps relativement court et d'une façon définitive, même dans les cas qui, au début, avaient paru graves.

Plusieurs auteurs, et principalement M. Røederer, ont attiré l'attention sur les poussées douloureuses survenant sur les hanches réduites au moment de la puberté. Jusque là ces enfants avaient admirablement bien marché, puis, d'abord à l'occasion d'une grande fatigue, d'une longue marche, ils ont ressenti de la douleur dans leur hanche réduite. Ces phénomènes douloureux ont persisté plusieurs mois, parfois un an, et quand le médecin est appelé à les voir il cons-

tate une douleur vive à la pression sur le col du fémur et sur la tête fémorale, ainsi qu'un certain degré de limitation des mouvements de flexion et d'abduction. On peut penser à une coxalgie compliquant une luxation longtemps après sa réduction.

Le repos calme presque immédiatement les douleurs, et la marche peut être reprise après un ou deux mois d'extension continue. Souvent il ne reste absolument aucune trace de cette poussée douloureuse et la radiographie elle-même est négative. D'autres fois la radiographie donne une image ressemblant à celle de certaines ostéochondrites : le noyau de la tête est un peu diminué, de contours irréguliers, boursoufflé.

Les hanches qui ont été incomplètement réduites, cellées qui ont subi dans les années qui suivent la réduction un certain tassement, avec déformation en champignon ou en tampon de wagon, accompagné d'une certaine déviation du col en coxa-vara, sont surtout sujettes à ces accidents de la puberté.

M. Røederer conclut : « L'interprétation de ces faits est délicate. Faut-il penser à une congestion épiphysaire comme celles qui sont d'ailleurs si courantes sur les membres, malades ou non, à cet âge ? Faut-il croire à des modifications du squelette, impondérables et invisibles, favorisées peut-être par la surcharge de poids qui survient à cet âge et se produit sous l'influence des perturbations dans les

glandes à sécrétion interne ? Cette dernière hypothèse est assez vraisemblable. »

L'ostéo-arthrite syphilitique peut donner lieu à confusion, lorsqu'elle survient à la suite de luxation de la hanche réduite.

Le Dr Lance en a vu pour sa part 3 cas. Il s'agit d'enfants traités pour luxation congénitale, qui, au moment de l'ablation du plâtre et de la mobilisation ont présenté une affection simulant une coxalgie à marche foudroyante : hanche énorme, en gigot, avec empatement, œdème des parties molles, fistules donnant issue à un pus abondant, mélangé de grumeaux blancs. La radio montre que la luxation est reproduite, en même temps que la disparition du col et de la tête fémorale. Le traitement spécifique, immédiatement institué, est suivi d'une rapide amélioration : fermeture des fistules et, fait plus saillant encore, reconstitution progressive de l'extrémité supérieure du fémur.

Comme le fait remarquer M. Lance, on peut être mis sur la voie du diagnostic par l'évolution antérieure ou contemporaine à l'arthrite, de lésions syphilitiques siégeant sur d'autres parties du corps : ostéo-arthrite déformante des coudes, tibia en lame de sabre, caractéristique de l'hérédo-syphilis, kératite interstitielle, etc... Si on constate chez un enfant qu'on traite pour luxation congénitale de la hanche l'existence de ces stigmates de la syphilis, il sera

nécessaire de lui faire suivre en même temps un traitement spécifique.

Un excellent moyen de diagnostic réside aujourd'hui dans la radiographie. Même si on est sûr de la tuberculisation d'une articulation coxo-fémorale, il faut toujours faire pratiquer l'examen aux rayons X, à plus forte raison si l'on hésite quant à l'interprétation d'une des multiples affections qui, nous l'avons vu, peuvent se greffer sur une hanche luxée. L'examen de la plaque radioscopique permettra de vérifier l'existence à la fois des lésions caractéristiques de la luxation, et de celles qui stigmatisent l'ostéoarthrite tuberculeuse : ascension de la tête fémorale au-dessus de la cavité cotyloïde, cette dernière étant peu profonde, à rebords peu marqués ; en général, comme nous l'avons vu précédemment, on ne trouve pas de lésions de l'affection tuberculeuse sur l'os coxal ; la tête fémorale présente des contours peu nets indiquant une altération diffuse, le col fémoral est augmenté de volume dans toutes ses dimensions. Si on se sert de l'appareil de Gaiffe, on peut apercevoir un ou plusieurs foyers tuberculeux au centre du col. Toute la diaphyse fémorale, souvent même une partie de l'os coxal, sont beaucoup plus perméables aux rayons X que les os sains, ce qui indique la décalcification de ces tissus. Il faut toujours prendre une radiographie du côté sain, pour avoir un point de comparaison, qui est de première importance.

Ces signes radiographiques se remarquent au début de l'affection tuberculeuse; on peut suivre la destruction osseuse, stade par stade, jusqu'à la disparition de l'extrémité supérieure du fémur et les profondes modifications du cotyle.

Lorsque la lésion tuberculeuse siège uniquement dans la synoviale, on note à la radiographie, le flou de l'espace articulaire et le contour effacé des extrémités osseuses intra-capsulaires.

La radiographie apporte un appoint important dans le diagnostic si délicat qui consiste à se demander si on est en présence d'une luxation tuberculisée, ou au contraire d'une luxation au cours d'une coxalgie. Si la luxation est unilatérale, si la tête et le col sont profondément infiltrés et ulcérés, si les os dénotent un degré très net de décalcification, si le sourcil cotyloïdien est bien marqué, toutes les présomptions sont en faveur d'une luxation au cours d'une coxalgie.

Au contraire, si la cavité cotyloïde est peu ou pas formée, si la perméabilité aux rayons X est moins grande, surtout si on reconnaît l'existence d'un foyer tuberculeux dans le col, on peut être à peu près certain d'être en présence d'une coxalgie compliquant une luxation congénitale.

La radiographie permet de même de différencier la pulpart des affections atteignant une hanche luxée, car toutes ont leurs caractères radiographiques spéciaux : ostéomyélite, ostéoarthrite syphilitique,

arthrite aiguë, ostéosarcome, arthrite sèche, etc.

En résumé, le diagnostic des complications tuberculeuses dans la luxation de la hanche est extrêmement délicat ; il faudra, pour le porter d'une façon sûre, faire un examen clinique approfondi, complété par un cliché radiographique, et par des examens de laboratoire s'il y a lieu.

PRONOSTIC

En général, le pronostic de cette affection est grave. Nous avons vu en effet que dans ce cas la proportion de coxalgies suppurées est plus élevée que normalement. De plus cette sorte de coxalgie évolue rapidement vers la suppuration, et l'on sait que plus une affection osseuse tuberculeuse suppure de bonne heure, plus le pronostic est grave ; il se forme des abcès redoutables et des fistules interminables qui précipitent le petit malade vers la cachexie. En cas où l'on serait en présence d'une arthrite bacillaire méconnue, sur laquelle on tenterait des manœuvres de réduction, le pronostic serait extrêmement sombre, même à peu près fatal, la mort par généralisation tuberculeuse étant particulièrement à redouter dans ce cas.

Grave au point de vue vital, le pronostic est encore plus sombre au point de vue orthopédique. Les enfants sont presque fatalement voués à une marche défectueuse, du fait des attitudes vicieuses. Beaucoup d'observations relatent une opération chirurgicale pour remédier à cet état de choses.

TRAITEMENT

Le traitement comporte des indications différentes, suivant l'époque à laquelle la tuberculose frappe la hanche luxée.

Les observations que nous avons signalées montrent clairement que devant une luxation congénitale présentant une arthrite suspecte, et à plus forte raison une arthrite de nature bacillaire reconnue, il faut s'abstenir de toute manœuvre de réduction. Sans cela on s'expose à un développement rapide d'une coxalgie, ou même à une généralisation tuberculeuse dont l'issue est fatale.

On peut se trouver en présence d'une coxalgie ayant fini d'évoluer qui, cliniquement et radiographiquement est guérie. Le malade, par suite de l'attitude vicieuse, est considérablement gêné pour la marche. Faut-il à ce moment réduire la luxation ? Certes, si l'opération réussit, le membre sera remis en bonne position, son raccourcissement sera considérablement réduit par suite de la descente de la tête fémorale au niveau du cotyle, et le malade en tirera un grand bénéfice au point de vue fonctionnel.

Cependant il ne faut pas se laisser bercer par cet espoir qui, presque toujours, serait déçu. D'abord on ne peut jamais affirmer par avance le bon résultat de la réduction, seules les tentatives de manœuvres permettent de résoudre à coup sûr cette question. Ensuite on n'est jamais certain que le traumatisme opératoire ne réveillera pas un petit foyer, si minime soit-il : ce serait alors une nouvelle poussée coxalgique, ou la généralisation tuberculeuse avec sa terminaison fatale à brève échéance. Sur ce sujet, Lamy conclut judicieusement : « Une luxation congénitale de la hanche atteinte de coxalgie doit être uniquement traitée pour coxalgie, la luxation passe au second plan.

Il va de soi qu'on ne devra pas abandonner ces malades sans aucun traitement ; on essaiera, autant que faire se peut, de mettre le membre inférieur en meilleure position. Pour cela on pratiquera une ostéotomie sous-trochantérienne, loin du foyer tuberculeux, pour mettre le membre en abduction, et compenser ainsi le raccourcissement. Dans ces cas, à cause de la mauvaise nutrition de l'os, les cals sont très longs à se former : l'immobilisation sera prolongée 2 à 3 mois.

Si on se trouvait en présence d'une luxation double avec coxalgie d'un seul côté, il faudrait se garder de pratiquer la réduction du côté non tuberculisé : en effet, en agissant ainsi, on allongerait le membre, ce qui augmenterait la boiterie. Il faut fixer la luxa-

tion par une ceinture appropriée, et maintenir le membre coxalgique en abduction, pour rendre la marche ultérieurement possible.

Après l'ablation d'un premier plâtre de luxation, plâtre immobilisant la cuisse en abduction et flexion, on peut trouver des signes de tuberculisation de l'articulation coxo-fémorale. Doit-on mettre le membre dans la seconde attitude de réduction et l'immobiliser ainsi ? Ce serait imprudent, car le traumatisme opératoire aurait les pires conséquences, et il faut, de plus, chercher l'obtention d'une ankylose en bonne position. Il faut essayer de redresser le membre par l'extension continue ; dans cette manœuvre il ne faut pas être étonné d'avoir une relaxation de la tête fémorale. Quand le membre inférieur est dans une position voisine de la rectitude, on le met en abduction, et on applique un grand appareil plâtré remontant jusqu'au thorax et englobant tout le pied, sauf les orteils.

Lorsqu'on ne peut pas obtenir une position favorable et qu'on voit que l'extension continue n'amène plus aucune amélioration, il faut faire un plâtre dans la position ainsi obtenue. Plus tard, après l'obtention de l'ankylose, on corrigera l'attitude vicieuse par une opération appropriée.

Quand la coxalgie survient après la terminaison du traitement orthopédique de la luxation de la hanche, le traitement est alors celui d'une coxalgie ordinaire. Le grand appareil plâtré sera toujours pré-

féré à l'extension continue, c'est le seul moyen d'être sûr que le petit malade ne se servira pas de sa jambe.

La suppuration, très fréquente et très grave, fera l'objet d'une surveillance spéciale ; dès qu'un abcès sera accessible il sera ponctionné, on pourra faire suivre la ponction d'injections modificatrices à l'éther iodoformé ou au mélange de Calot. Au cas de fistulisation, surveiller l'asepsie absolue des pansements et injecter dans le trajet fistuleux la pâte au bismuth suivant la méthode de Beck.

Naturellement on devra apporter un grand soin à la médication générale : le repos, la cure marine prolongée, une nourriture saine et abondante, l'héliothérapie, seront toujours à la base du traitement.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (inédite).

Communiquée par M. le Dr Moutier.

R... Françoise ; fait ses premiers pas à vingt mois, on s'aperçoit alors qu'elle marche mal et que le membre inférieur droit est plus court que le gauche.

Une radiographie montre l'existence d'une luxation congénitale de la hanche droite. Celle-ci est réduite très facilement, à l'âge de 2 ans 1/2, en août 1923 et est maintenue pendant neuf mois en appareil plâtré. La marche est reprise un an après la réduction ; l'enfant marche mal. Une nouvelle radiographie montre que la hanche s'est reluxée. La hanche est reprise en octobre 1924, la réduction est réalisée sans aucune difficulté ; l'appareil plâtré de dernière position est retiré en juillet 1925. La réduction paraît bonne la marche doit être autorisée en octobre 1925.

Pendant toute la durée du traitement la santé générale de l'enfant a été bonne ; elle a vécu à la campagne, au grand air ; quelques bronchites ; mais en avril 1925 est survenue une affection mal déterminée, caractérisée par de l'inappétence, de la fièvre, quelques troubles

gastro-intestinaux, un peu de bronchite, qui a été éti-
quettée grippe, et qui est disparue au bout d'une quin-
zaine de jours.

Un mois après l'ablation de l'appareil plâtré la
hanche est encore raide, toute tentative de mouvement
est douloureuse. La famille demande conseil par lettre
au chirurgien qui a soigné l'enfant ; celui-ci, sans pou-
voir examiner la petite malade croit à de simples rai-
deurs consécutives à la réduction et à la longue immo-
bilisation, et conseille des bains chauds, de la mobilisa-
tion et des massages. Ce traitement n'amène aucune
amélioration ; il est cependant poursuivi par la famille
en dehors de tout contrôle médical, jusqu'au jour où
celle-ci remarque une tuméfaction fluctuante à la
face antéro-externe de la cuisse droite. Le Dr Le Calvé
(de Redon) fait le diagnostic d'abcès froid et le ponc-
tionne. L'enfant est amenée à Nantes et M. le Dr Mou-
tier appelé à la voir en décembre 1925.

L'enfant est pâle, amaigrie, elle a peu d'appétit, la
fièvre, assez marquée, oscille entre 37° et 38°, 38° 5. Le
membre inférieur droit est immobilisé en attitude vi-
cieuse de flexion, de rotation externe, et d'abduction
très marquée.

La région de la hanche apparaît tuméfiée, la dépres-
sion de l'aîne est comblée la peau est parcourue par
un lacis veineux très développé. A la face externe et
antérieure de la cuisse la peau est soulevée par un abcès :
elle est à son niveau rouge, enflammée et semble me-
nacée d'une fistulisation prochaine.

La palpation montre de la fluctuation au niveau de
l'abcès, un empâtement dur de toute la région Les

mouvements sont abolis et leur recherche provoque de vives douleurs.

Il existe une volumineuse adénopathie rétrocrurale ; l'atrophie de la cuisse est très marquée.

La radiographie montre que le fémur droit est dans une abduction de 35° par rapport à l'axe du bassin ; cette abduction extrême se traduit à la vue par un allongement apparent, à la mensuration par un raccourcissement de 3 centimètres. Le fémur gauche est en forte adduction (45° par rapport à l'axe du bassin). La cavité cotyloïde semble bien formée, mais petite, et la tête du fémur déborde largement le plan de l'orifice de la cavité. Cette forte position d'adduction peut même faire craindre que la tête ne se luxe.

La diaphyse fémorale est beaucoup plus étroite à la cuisse droite qu'à la cuisse gauche : son diamètre est à gauche de 14 millimètres, à droite de 9 millimètres. La bande opaque de projection de la capsule est beaucoup plus mince à droite. Il existe une grosse décalcification du fémur comme de l'os coxal, décalcification surtout marquée au niveau de la région sous trochantérienne.

La région trochantérienne a son contour normal, le point osseux trochantérien complémentaire est plus étendu que le gauche, mais très décalcifié.

La tête est presque complètement détruite par la coxalgie, ainsi que toute la partie supérieure du col les contours, spécialement au niveau du pôle supérieur de la tête, sont noyés dans une grisaille indistincte. La cavité cotyloïde semble peu altérée ; on distingue les deux

cotyles séparés par un rebord à peine apparent ; la tête est contenue dans la cavité supérieure.

L'enfant est traitée d'abord par extension continue, puis elle est immobilisée dans un plâtre bivalve. Cet appareil prend la cuisse du côté opposé et la maintient dans un degré assez marqué d'abduction. L'abcès est ponctionné tous les deux jours, il ne tarde pas à se fistuliser au niveau de son sommet. On y applique des pansements aseptiques quotidiens.

En mars 1926, l'enfant va habiter au Pouliguen, en bordure de la mer. L'état général reste toujours assez mauvais ; la fistule suppure abondamment. Un nouvel abcès apparaît au niveau de la fesse et se fistulise rapidement, malgré des ponctions correctement pratiquées.

Vers août 1926, l'état général s'améliore : l'héliothérapie a provoqué une pigmentation très foncée de bon augure ; les fistules donnent moins, et elles s'assèchent toutes les deux en novembre. L'enfant a bon appétit ; elle fait une forte poussée de croissance, elle engraisse notablement. Le plâtre doit être changé en février 1927, étant devenu trop petit. On refait un grand appareil bi-valve, et on profite du passage de l'enfant à Nantes pour la faire radiographier.

La radiographie (24 février 1927) montre que la coxalgie est en voie de guérison. Les extrémités articulaires sont plus nettes, le tissu osseux s'est recalcifié, les contours sont plus tranchés. La tête est profondément détruite, ainsi que la partie supérieure du col ; la cavité cotyloïde montre des lésions beaucoup moins étendues. La réduction de la luxation s'est maintenue.

On distingue encore le néocotyle, mais il est comblé et séparé de la cavité cotyloïde normale par une arête osseuse proéminente. Tout danger de reluxation semble écarté. Le moignon de la tête du fémur a subi dans le cotyle une ascension de 2 centimètres ; il y a brisure du cintre cervico-sous-pubien.

La hanche gauche ne semble pas très normale ; la tête fémorale petite paraît être très haute et bien externe dans un cotyle agrandi. Sans doute y aurait-il eu avantage à traiter simultanément les deux hanches dans le premier appareillage.

L'état clinique montre de même que les lésions sont en voie de guérison : les fistules sont définitivement formées, l'empâtement de l'aîne a considérablement regressé. L'état général est excellent.

OBSERVATION II (inédite).

Communiquée par M. le professeur Froelich.

Paulette Thill, 10 ans.

1^{er} août 1925. — Luxation de la hanche gauche, avec subluxation de la hanche droite.

Nélaton à gauche : 6 cm. d'ascension.

Nélaton à droite : 1 cm.

Raccourcissement du membre gauche : 5 cm.

Réduction sans incident, mise en première position pendant 3 mois.

La radiographie montre une bonne réduction.

6 novembre. — Mise en deuxième position pour 2 mois.

4 mai 1926. — L'enfant revient au service. On constate à ce moment l'existence d'un gros abcès occupant le tiers supérieur de la cuisse gauche. On le ponctionne sur la face externe ; il s'écoule une assez grande quantité de pus.

6 mai. — Nouvelle ponction. Pus assez abondant et grumeleux. Plâtre en abduction.

Une radiographie montre la disparition presque totale de la tête fémorale.

9 novembre. — On change le plâtre ; on ponctionne un abcès sur la face externe de la cuisse gauche.

12 novembre. — Nouveau plâtre en abduction.

17 mars 1927. — Nouveau plâtre ; l'abcès de la cuisse gauche semble tari. Une ponction à son niveau ramène une petite quantité de liquide clair, sans pus ni grumeaux.

10 juillet. — On change le plâtre. L'abcès est complètement tari. La palpation de la cuisse et de la hanche ne fait rien sentir d'anormal.

Radiographie. — Montre une disparition presque complète de la tête fémorale, et un sourcil cotyloïdien rongé, irrégulier.

OBSERVATION III .

Communiquée par M. le Dr Roederer.

(Observation reconstituée de mémoire, le document original ayant été perdu).

Enfant B..., âgée de six ans. Luxation congénitale double. Bonne réduction. Aucun phénomène réactionnel n'est apparu au cours du traitement. L'enfant subit successivement les trois positions de réduction sans aucun incident.

A l'enlèvement du dernier plâtre et lors de la mise debout, on observe une poussée fluxionnaire de l'articulation qui est très douloureuse, avec rougeur, chaleur, mauvais état général.

Plâtre pendant six mois, puis appareil de celluloid. Ankylose sans luxation ni abcès.

OBSERVATION IV (résumée).

Professeur Joüon, *Gazette Médicale de Nantes*,
1^{er} janvier 1927.

Léone M..., 3 ans, entre à l'Hôtel-Dieu au début de juin 1924 pour être traitée d'une luxation congénitale de la hanche gauche. La réduction est obtenue très facilement à la main, et est fort peu traumatisante. Le deuxième appareil plâtré est appliqué vers la mi-sep-

tembre. L'enfant contracte alors la rougeole. Elle est déplâtrée fin novembre.

L'enfant a considérablement maigri, et présente une diarrhée tenace. La tête fémorale est bien en place, mais elle est diminuée de volume. Au bout de 3 à 4 semaines apparaît une arthrite sans empâtement; le membre malade est soumis à l'extension continue.

Une radiographie montre des altérations de la tête fémorale : irrégularité, petitesse du noyau épiphysaire, mais les mouvements sont possibles.

L'état général s'aggrave; un mal de Pott cervical se déclare au cours de 1925, et la malade meurt de cachexie tuberculeuse en décembre 1925.

Autopsie. — Le cotyle du côté luxé est plus petit que du côté sain, on note quelques irrégularités du cartilage au niveau du fond du cotyle.

Le ligament rond est tout petit, comme effiloché. La tête fémorale aplatie de haut en bas. Le cartilage articulaire est très irrégulier. En plusieurs points le revêtement cartilagineux manque. Le fémur est très mince.

OBSERVATION V (résumée).

Lamy, *Revue d'Orthopédie*, 1909.

*Luxation congénitale double. Coxalgie droite. Mort.
Autopsie.*

Renée M..., 2 ans 1/2. L'enfant a fait ses premiers pas à 23 mois et présenta immédiatement le dandinement

caractéristique des luxations de la hanche. A 28 mois fièvre avec inappétence, puis l'enfant se plaint de sa jambe droite et refuse de marcher. Un mois plus tard elle entre à l'hôpital, où l'on constate :

A gauche : Luxation en haut, sans aucune gêne dans l'accomplissement des mouvements ; pas de contractures.

A droite : Augmentation de volume de toute la racine de la cuisse, avec œdème dur, douloureux. Extension conservée ; flexion possible, mais douloureuse. Contracture du moyen adducteur ; il existe une contracture réflexe de défense des muscles de la racine du membre, quand on veut imprimer quelques mouvements à la cuisse.

Il existe un ganglion iliaque volumineux.

Lorsque l'enfant est debout, elle semble souffrir de sa hanche droite, sur laquelle elle n'appuie pas franchement. Le membre est en flexion, adduction et rotation externe.

Scoliose d'attitude à double courbure.

Diagnostic. — Luxation congénitale double avec coxalgie greffée sur le côté droit.

On soumet le membre inférieur à l'extension continue.

Radiographie. — Ascension du fémur des deux côtés. Les cavités cotyloïdes sont à peine ébauchées.

Signes de coxalgie droite : Le col fémoral paraît augmenté de volume dans toutes ses dimensions. Foyer tuberculeux au centre du col.

Un mois après son entrée dans le service la petite malade présente de la fièvre et de la diarrhée. Le professeur Hutinel diagnostique une tuberculose généralisée.

Elle présente successivement une rougeole, une varicelle, et des abcès sous-cutanés disséminés sur tout le corps. La diarrhée alterne avec des vomissements. L'état général s'aggrave de plus en plus et l'enfant meurt.

Autopsie. — Lésions de tuberculose généralisée.

Hanche gauche. — Absence de ligament rond. Aucune lésion tuberculeuse, seulement des lésions de luxation.

Hanche droite. — Pas de ligament rond ; lésions de luxation congénitale. La surface articulaire est rugueuse la tête fémorale plus volumineuse qu'à gauche, le col est considérablement épaissi dans toutes ses dimensions. On trouve un volumineux noyau caséeux qui occupe la portion située entre le grand trochanter et le cartilage de conjugaison, ce dernier est ulcéré à sa partie moyenne.

OBSERVATION VI.

De Broca in thèse Delanglade.

Coxotuberculose gauche à point de départ dans l'ancienne cavité tuberculeuse. Fongosité de la capsule. Réduction. Mort par généralisation tuberculeuse.

OBSERVATION VII.

De Broca. Citée par Lamy.

Luxation congénitale double. Coxalgie droite suppurée.

X..., fillette vue pour la première fois à l'âge de trois ans par M. Broca parce qu'elle boite après avoir marché très tard. Luxation congénitale des deux hanches avec arthrite légère droite.

Supposant l'enfant atteinte d'arthrite on fait la réduction des deux hanches suivant la méthode de Lorenz. A l'enlèvement du premier plâtre la cuisse droite est douloureuse, renflée en gigot à son extrémité supérieure. On pense à une coxalgie et on laisse le membre dans sa position de réduction sans appareil, pendant qu'on continue le traitement de la hanche gauche.

Dans la suite survient un abcès à droite. L'enfant fait un séjour à Berck où elle est traitée par M. Ménard. Depuis elle a été revue avec une coxalgie fistuleuse à droite.

OBSERVATION VIII (résumée).

Du professeur Joüon, citée par Lamy.

Gazette médicale de Nantes, janvier 1908.

Luxation congénitale double, coxalgie droite. légère.

Renée Le P..., 4 ans. Luxation congénitale double. Réduction le 9 novembre 1903, très difficile à gauche,

facile à droite. Bon résultat à gauche. Transposition à droite.

En octobre 1904 l'enfant, après avoir marché, commence à souffrir de la hanche droite ; douleur à la pression au niveau du col fémoral. La radiographie confirme le diagnostic de coxalgie, porté par MM. Jouon et Allain et M. le professeur Kirmisson. Usure de la tête fémorale et du cotyle avec agrandissement de l'espace clair articulaire. Extension continue et repos pendant un an avec appareils plâtrés.

Depuis, l'enfant a été revue à plusieurs reprises, elle est très forte et bien portante. La marche est assez bonne.

OBSERVATION IX.

Du professeur Gangolphe. Citée par Coste.

S... Marie, 18 ans. Entre salle Saint-Martin le 5 décembre 1890. Rien à signaler dans ses antécédents héréditaires ; famille entière en bonne santé. Dès sa première enfance la malade se souvient d'avoir marché en cancanant, mais affirme n'avoir jamais souffert du côté de ses hanches jusqu'à l'âge de 14 ans. A cette époque apparurent des douleurs d'abord localisées au genou gauche, apparaissant dans la station debout, et même le soir au lit. Cette phase de la maladie qui fut, dit-elle, accompagnée de fièvre, dura une quinzaine de jours. Au bout de ce temps la douleur émigra à la hanche : la marche devint très douloureuse. On lui fit des applications de pointes de feu et de vésicatoires.

Après un an de repos au lit elle se leva, mais elle

n'avait rien gagné au point de vue fonctionnel ; la marche n'était possible qu'avec des béquilles. Sans traitement depuis trois ans.

Etat actuel. — La malade présente les symptômes suivants : l'épine iliaque antéro-supérieure du côté gauche est remontée de deux centimètres environ, cependant les talons paraissent être sur le même plan. La cuisse gauche est en rotation légère en dedans, tandis que la jambe est en rotation en dehors. Les deux membres inférieurs sont en adduction, surtout le droit qui aurait une tendance au genu valgum.

L'ankylose coxo-fémorale est complète à gauche ; on note également de l'hydarthrose du genou gauche.

Si on recherche la position des têtes fémorales on trouve la droite remontée à 3 cm. environ au-dessus de la ligne de Nélaton. A gauche la flexion étant impossible, on ne peut rechercher ce signe.

L'extrémité supérieure du fémur gauche paraît augmentée de volume. La pression sur le grand trochanter est douloureuse ; le choc sur le talon l'est également.

Au voisinage de l'épine iliaque antéro-supérieure gauche et en dedans de celle-ci, on remarque la présence d'un abcès à fluctuation assez nette paraissant plonger dans le bassin ; un autre abcès volumineux siège à la face postérieure de la cuisse. Quelques ganglions sont perceptibles dans l'aîne gauche. L'état général est excellent.

Deux ponctions de l'abcès de la face postérieure de la cuisse sont effectuées : il en sort à grand'peine un verre d'un pus épais et grumeux. Injection d'éther iodoformé.

OBSERVATION X (résumée).

De Delanglade. Thèse de Paris, 1899.

Marie T..., 8 ans. Marche à 16 mois en canard. Rougeole à 3 ans. N'a jamais souffert jusqu'à 5 ans. A cet âge douleurs dans la hanche et le genou droit qui l'obligent à garder le lit pendant 8 jours, puis marche ensuite comme avant. A 8 ans, la mère s'aperçoit qu'elle traîne la jambe droite, puis apparaissent des douleurs qui vont en augmentant, et finissent par l'empêcher complètement de marcher. L'extension continue fait cesser les douleurs, mais la hanche reste raide.

La région est gonflée, dure, lacis veineux très développé. Ganglions inguinaux plus développés à gauche.

A gauche luxation en haut et en avant, de ce côté tous les mouvements ont une amplitude exagérée. Bon état général.

OBSERVATION XI (résumée).

De Ferry, citée par Chauvenet. Thèse de Paris, 1920.

Luxation congénitale droite traitée par les moyens orthopédiques. Coxalgie. Immobilisation. Ankylose.

Marthe C..., 3 ans 1/2. Commence à marcher à 18 mois. Présente une luxation de la hanche droite ; le sommet du trochanter dépasse nettement la ligne de Nélaton-Roser ; dépression au niveau du cotyle ; la tête est

perçue dans la fosse iliaque externe. La radiographie confirme le diagnostic.

Réduction avec 2 plâtres successifs. Résultat excellent. Dix mois plus tard l'enfant souffre en marchant. Les mouvements de la hanche sont limités, la cuisse est fixée en adduction et rotation externe. Pas d'atrophie, mais les douleurs et l'ankylose augmentent.

La radio montre des lésions destructives du cotyle et de la tête fémorale et des lésions de décalcification.

On applique l'extension continue, puis un appareil plâtré. Guérison par ankylose complète et en bonne position.

CONCLUSIONS

I. La coxalgie greffée sur une luxation congénitale de la hanche est une affection très rare.

II. Elle apparaît presque exclusivement chez les filles et est parfois secondaire à une localisation tuberculeuse pulmonaire, ganglionnaire ou viscérale.

III. La rareté de l'affection s'explique par le peu d'affinité du bacille de Koch pour les tissus mal nourris.

IV. Lorsqu'il n'existe aucun signe de lésion d'arthrite tuberculeuse, la réduction ne constitue pas un appel manifeste à la tuberculose.

Dans le cas contraire, les manœuvres orthopédiques activent la marche de l'affection locale et prédisposent à la généralisation tuberculeuse.

V. Les abcès sont fréquents et aggravent le pronostic, ils deviennent facilement fistuleux et mènent rapidement à la cachexie et à la mort.

VI. La coxalgie développée sur une hanche luxée non traitée est en adduction.

VII. Le diagnostic est délicat à établir ; cependant une étude clinique approfondie, complétée par une

radiographie et des examens de laboratoires permettra presque toujours de l'affirmer.

VIII. Le pronostic *quoad vitam* est grave. Le pronostic fonctionnel est très mauvais.

IX. Le traitement de la coxalgie doit passer au premier plan, la luxation doit être respectée. Ne pas traiter les luxations suspectes de tuberculose. Les ostéotomies sous-trochantériennes pratiquées après guérison de la coxalgie, semblent être le meilleur remède au raccourcissement et aux attitudes vicieuses.

Vu : le Président de la thèse
OMBREDANNE

Vu : le Doyen,
ROGER

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- BOUDET. — Coxalgie double dans la luxation congénitale bilatérale. (Bulletin de la Société d'Anatomie de Paris, 1859.)
- BROCA. — Revue d'Orthopédie, 1895.
- CALOT. — Congrès de Chirurgie, 1892.
- CESARANO. — Tuberculose de la hanche et luxation congénitale. (La chirurgia degli organi di movimento, décembre 1919.)
- COSTE. — De l'ostéo-arthrite tuberculeuse compliquant la luxation de la hanche. (Thèse, Lyon, 1899.)
- CHAUVENET. — Contribution à l'étude de la tuberculation des luxations congénitales de la hanche. (Thèse, Paris, 1920.)
- DELANGLADE. — Thèse, Paris, 1896.
- DERSCHIED-DELCOURT. — Journal médical de Bruxelles, 1901.
- DUPRÉ. — Thèse, Paris, 1891.
- DUBREUIL. — Des accidents douloureux dans la luxation congénitale de la hanche. (Revue d'Orthopédie, 1890.)
- FRÉLICH. — Société française d'Orthopédie, 1921.
- JOUON. — Congrès national périodique de Gynécologie, Obstétrique et Pédiatrie. IV^e session, Rouen, avril 1904.

- JOUON. — Gazette médicale de Nantes, 1908.
- KIRMISSON. — Traité des maladies chirurgicales d'origine congénitale.
- Revue d'Orthopédie, 1908.
- KRAUSE. — Berliner Klinische Wochenschrift, 1889.
- Deux cas d'arthrite suppurée dans les articulations coxo-fémorales avec luxation congénitale. (Beilage zum centralblatt, n° 29. XVIII^e Congrès de Chirurgie allemand.)
- LANCE. — Bulletin de la Société de Pédiatrie, 1922.
- LAUVINERIE. — Thèse, Paris, 1900.
- LANNELONGUE. — Coxo-tuberculose.
- LAMY. — De la coxalgie venant compliquer la luxation congénitale de la hanche. (Revue d'Orthopédie, 1909).
- LEHÉRISSEY. — Thèse, Paris, 1911.
- LORENZ. — Luxation de la hanche.
- NOVÉ-JOSSERAND. — Société française d'Orthopédie, 1921.
- Lyon Chirurgical, 1923.
- PFENDER. — Thèse, Paris, 1891.
- ROCHER. — Société d'Anatomie et Physiologie normales et pathologiques de Bordeaux, 1906.
- RÆDERER. — La médecine infantile.

